



Esta es su aplicación para el Seguro Médico de Healthy Kids de New Hampshire o Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas.

- ⇒ **El Seguro Médico Healthy Kids de New Hampshire** puede proveer cobertura de seguro dental y de salud para niños menores de 19 años. Algunas familias podrían tener un co-pago o una prima mensual.
- ⇒ **Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas** es un programa que ofrece una amplia variedad de servicios, incluyendo atención prenatal, parto, y cuidados después del parto, a mujeres embarazadas de cualquier edad. También incluye servicios dentales para menores de 21 años. No hay costo para esta cobertura.

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ESTA APLICACIÓN

- ✓ **¡POR FAVOR LEA TODO DETENIDAMENTE Y SIGA TODAS LAS INSTRUCCIONES!** Por favor llene lo mejor que pueda todas las preguntas de esta aplicación. No conteste preguntas que entiende. Si necesita ayuda con alguna parte de esta aplicación, llame gratuitamente al 1-877-4NH-CHIP (1-877-464-2447). TDD Access: Relay NH, 1-800-735-2964.
- ✓ Cuando haya terminado de llenar esta aplicación, firme, feche, y envíela, junto con las copias de las pruebas que necesita, a Healthy Kids de New Hampshire, 25 Hall Street, Suite 303, Concord, NH 03301. **¡No se olvide de incluir las pruebas requeridas!** Si está aplicando de un lugar de asistencia especial, ellos podrán enviarle su aplicación.
- ✓ Cuando recibamos su aplicación firmada, **con todas las pruebas requeridas**, la revisaremos detenidamente.
- ✓ Alguien se pondrá en contacto con usted si necesitamos más información. Una vez toda la información haya sido recibida, haremos una decisión de su elegibilidad. Recibirá aviso por escrito de nuestra decisión dentro de 45 días del día que recibimos su aplicación. Algunos proveedores médicos pueden determinar inmediatamente la elegibilidad de niños y mujeres embarazadas. Esto es llamado "elegibilidad supuesta". El proveedor le informará si usted es elegible. Necesitará todavía demostrarnos las pruebas necesarias dentro de 45 días, o la elegibilidad cesará.
- ✓ Estamos interesados en saber el Idioma Principal (qué idioma se usa en el hogar, tales como Inglés, Español, o Turco), y la Raza (como Blanco, Afro-Americano, o Asiático), o/y Grupo Étnico (tales como, de Bosnia, Cambodia, o Italia) de cada adulto y niño que solicita cobertura médica. **Compartir esta información, es estrictamente voluntario. Si elige no decirnos, no afectará su elegibilidad para cobertura médica.**

### NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL Y CIUDADANÍA: LO QUE TIENE QUE DECIRNOS

- ✓ De acuerdo con la Sección 1137 del Acta de Seguro Social, estamos requeridos a pedir los Números de Seguro Social (SSN) a todas las mujeres embarazadas y algunos niños, que quieren recibir cobertura médica. Si usted no quiere o no puede decirnos el SSN de alguien que desea esta cobertura, nosotros le diremos si un número es requerido para que esa persona obtenga cobertura médica. **Noándonos el SSN de alguien que no quiere cobertura, o de alguien que quiere cobertura pero rehúsa a darnos un SSN, no afectará la elegibilidad de ninguna otra persona en su familia.**
- ✓ Estamos requeridos a preguntar sobre su ciudadanía de US o el estado de inmigración de cada niño o mujeres embarazadas que deseen recibir cobertura médica. Mujeres embarazadas y algunos niños deben también proporcionar prueba de su ciudadanía o estado de inmigración. Adultos que no deseen cobertura para ellos mismos no tienen que informarnos de su estado. Los adultos nos tendrán que decir sobre sus ingresos si ellos son los padres de un niño, están casados o viviendo con una mujer embarazada que necesita cobertura médica. Solicitar Healthy Kids o Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas no afectará su estado de inmigración.

### USTED TIENE EL DERECHO:

- ✓ **A no ser discriminado por su raza, edad, color, credo, sexo, origen nacional, estado marital, incapacidad, o creencias políticas. Si cree que hemos discriminado contra usted, póngase en contacto con el Interventor,** Departamento de Salud y Servicios Humanos, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301, o llame por teléfono al (603) 271-4963 ó 1-800-852-3345, extensión 4963. TDD Access: Relay NH, 1-800-735-2964. No puede haber represalia contra usted por haber hecho este contacto.
- ✓ **A pedir una Audiencia Administrativa de Apelaciones** si no está satisfecho con alguna decisión hecha por el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Corporación de Healthy Kids de NH. Puede traer un abogado a la audiencia, pero tendrá usted que pagar los gastos que ocasionen. Puede solicitar una audiencia verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con una Oficina de Distrito de DHHS, Healthy Kids de NH, o la Oficina Administrativa de Apelaciones, State Office Park South, 105 Pleasant St., Concord, NH 03301. Teléfono: (603) 271-4292 ó 1-800-852-3345, extensión 4292; TDD Access Relay: 1-800-735-2964.

## ✓ LISTA DE PRUEBAS REQUERIDAS

Debe proporcionar ciertas pruebas para nosotros poder verificar la elegibilidad de aquellas personas buscando cobertura médica. Use esta página para asegurarse que tiene todas las pruebas que necesita darnos. **¡El no proveer todas las pruebas que necesitamos puede causar que la decisión de elegibilidad de usted o de sus niños sea demorada o su aplicación sea negada!**

### Prueba de Ingresos de la Familia

Por favor mande **UNA prueba de ingreso** por cada fuente de entrada que es recibida por:

- Niños que solicitan la cobertura,
- Padres que viven con esos niños,
- Mujeres embarazadas solicitando cobertura, y
- El esposo de una mujer embarazada, si vive con ella.

#### Empleados Asalariados o Por Hora

- Copia de talones de pago de las últimas 4 semanas, **o**
- Una carta del empleador con el membrete de la compañía confirmando las horas trabajadas y los sueldos brutos ganados.

#### Individuos Trabajando por Cuenta Propia

- Devolución de impuesto federal más reciente y todas las listas secundarias, como Lista C o E, **u**
- Otros registros, tales como una Declaración Reciente de Ganancia y Pérdida.

#### Otras Clases de Ingresos

- Documentos detallando todos los ingresos ganados por alquiler, propiedades, huéspedes, etc.
- Copia de cualquier carta, estado de cuenta del banco, talón de cheques recibidos por usted, por su niño, o por el otro padre, que especifica la cantidad de algún beneficio recibido, tales como Seguro Social, Desempleo, VA, Compensación al Trabajador, etc.

#### Manutención de Menores Recibida

Aceptaremos lo que usted dice en esta forma como prueba de la cantidad recibida por su niño por manutención de menores de un padre ausente. Sin embargo, reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales para verificar los ingresos de manutención de menores que su niño recibe. **Le haremos saber si los necesitamos. No necesita mandar nada ahora.**

### Prueba de Edad de los Niños

Mande copia de **UNA** de las siguientes por **CADA** niño que solicita esta cobertura:

- Certificado de nacimiento o de bautismo,
- Expedientes académicos de la escuela con fecha de nacimiento,
- Libreta de calificaciones con fecha de nacimiento,
- Declaración de su doctor o registro de inmunización, **o**
- Registro de nacimiento del hospital.

### Prueba De Residencia en New Hampshire

Envíe copia de **UNA** de las siguientes que muestre su dirección actual:

- Arrendamiento, contrato de alquiler, o recibo de renta,
- Electricidad, cable, combustión, o cuenta de teléfono,
- Factura de impuesto a la propiedad, **o**
- Registración de vehículos motorizados.

**¡No necesita una dirección permanente para calificar por esta cobertura! Llamar al 1-877-464-2447 para que le ayuden a probar su residencia en NH.**

### Prueba de Gastos que Quiere Reclamar

Cuando calculemos su elegibilidad de ingresos, le descontaremos una porción de algunas clases de gastos de sus ingresos brutos.

#### Gastos por el Cuidado de Niños o Adultos

Aceptaremos lo que usted dice en esta solicitud como prueba de los gastos por el cuidado de su niño o un adulto. Sin embargo, reservamos el derecho de solicitar prueba adicional de estos costos. **Le haremos saber si la necesitamos. No necesita mandar nada ahora.**

#### Manutención de Menores o de Cónyuges por Orden de la Corte

Puede descontar la cantidad que paga por orden de la corte por un niño o por un cónyuge. Mande **UNA** copia de:

- La orden firmada por un oficial de la corte, **o**
- Una carta de la corte o de su abogado confirmando que tiene una orden de manutención y por cuánto.

#### Embargo Legal de Sueldos

Aceptaremos lo que usted dice en esta solicitud como prueba de deducciones legales de embargo de sueldos. Sin embargo, reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales para verificar estos costos. **Le haremos saber si los necesitamos. No necesita mandar nada ahora.**

### Prueba de Embarazo

Si está solicitando esta cobertura porque está embarazada, necesitamos una declaración firmada o forma médica de un doctor licenciado, enfermero(a) diplomado(a) que sea registrado, u otro practicante médico licenciado indicando que está usted embarazada, la fecha aproximada del parto, y el número de bebés que va a dar a luz.

### Prueba de Seguro Médico

**Si cualquier niño o mujer embarazada que está solicitando cobertura tiene seguro o ha sido asegurado(a) en los últimos 6 meses, por favor proporcione:**

- Copia de la tarjeta actual del seguro,
- Noticia de vencimiento de la cobertura, **o**
- Cualquier documento oficial del portador de seguros indicando el número de póliza, quién es el titular de la póliza, quién está cubierto, y por cuánto tiempo.

### Prueba de Ciudadanía o Estado de Inmigración

Mande copia de **UNA** de las siguientes por **CADA** mujer embarazada o aplicante que no es ciudadano. Le diremos si necesita mostrar prueba de la ciudadanía de su niño.

- Certificado de nacimiento de US o registro de nacimiento del hospital,
- Tarjeta de registración de voto de US,
- Pasaporte de US,
- Tarjeta de Registración Extranjera (Forma I-551),
- Registro de Llegada/salida (Forma I-94), **u**
- Otro documento oficial de INS mostrando claramente su ciudadanía, naturalización, o estado de inmigración.

**¡ POR FAVOR NO MANDE DOCUMENTOS ORIGINALES. ENVÍE SÓLO COPIAS!**

Si tiene problemas dándonos alguna información, llame gratuitamente al número de ayuda, 1-877-464-2447, o a su Oficina de Distrito local de DHHS. O llame al 1-800-852-3345 y pida ser conectado con la Oficina de Distrito que pertenece a su ciudad o pueblo. TDD Access: Relay NH, 1-800-735-2964.

**Aplicación para el Seguro Médico de Healthy Kids de NH o Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas**

**1. Por favor díganos quién es usted y dónde vive.**

Nombre (Primero, Inicial, Apellido)		Dirección Postal (Si es diferente a la Dirección Residencial)	
Dirección (Casa/Apt.#, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Teléfono de Día	Teléfono de Casa
Idioma Principal de la Familia (Voluntario)	¿Ha usado alguna vez un nombre(s) diferente, si es así, cuál(es)?		

**2. Por favor díganos acerca de los niños menores de 19 años que viven con usted.**

Nombre (Primero, Inicial, Apellido)	Sexo	Número de Seguro Social (sólo si está solicitando cobertura médica)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	¿Ciudadano de US? Si no, Estado de INS (sólo si está solicitando cobertura médica)		Raza/Origen Étnico (voluntario)	Presumptive Elig. Date (Pres. Elia. Providers Only)
				S	N		
1.				S	N		
2.				S	N		
3.				S	N		
4.				S	N		

¿Hay niños que necesiten cuidado especial de salud para mantenerlos en la casa?  Sí  No

**3. Por favor díganos acerca de los padres de los niños, y/o de sus respectivos esposos, que viven con usted.**

Nombre (Primero, Inicial, Apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)	Raza/Origen Étnico (voluntario)	Relacionado a:			
			Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4

De la lista anterior, ¿Hay alguien embarazada?  Sí  No

¿Está esta persona solicitando cobertura médica hoy?  Sí  No

**Si está aplicando:** Su SSN: \_\_\_\_\_ ¿Es ella Ciudadana de US?  Sí  No

**Si está aplicando, pero no es ciudadana de US,** su Estado de INS:

Presumptive Elig. Date (Pres. Elig. Providers Only): _____/_____/_____
---

**4. Por favor díganos qué clase de seguro médico tienen usted o sus niños ahora, o han tenido en los últimos 6 meses:**

Individuo Cubierto	Compañía de Seguro	Póliza/# de Grupo	Portador de la Póliza	Fecha en que termina la Cobertura

**5. Por favor díganos cuánto es el ingreso de su familia. Asegúrese de incluir todos los ingresos.**

**A. Paga total de trabajo ANTES de deducciones – NO la paga que lleva a su casa.. Anote cero ("0") si está desempleado.**

<b>Su ingreso de trabajo</b>		<b>Ingreso del otro padre/esposo(a) de trabajo ( si vive con usted)</b>	
Nombre del Empleador y Número de Teléfono:		Nombre del Empleador y Número de Teléfono:	
Ingresos antes de deducciones en cada periodo \$		Ingresos antes de deducciones en cada periodo \$	
Me pagan: <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes		A ellos le pagan: <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
<input type="checkbox"/> Mensual Promedio de horas trabajadas por periodo:		<input type="checkbox"/> Mensual Promedio de horas trabajadas por periodo:	

¿Trabaja usted o el otro padre/esposo(a) por su cuenta?  No  Sí

Si es así, calcule un promedio de su ingreso mensual después de gastos de negocios (para trabajos por su cuenta): \$ \_\_\_\_\_

B. Otros ingresos	Cantidad	¿Quién recibe este ingreso?	¿Cada cuánto tiempo lo recibe?
Manutención de Menores	\$		
Manutención al Divorciado(a)	\$		
Beneficios de Incapacidad (SSDI)	\$		
Otros pagos del Seguro Social	\$		
Beneficios de Desempleo	\$		
Otro (especifique):	\$		

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DETRÁS DE ESTA PÁGINA**

6. ¿Paga usted a alguien para que cuide a sus niños, o para que cuide a algún adulto en su hogar que necesita cuidado, mientras usted trabaja?  No  Sí Si es así, díganos cuánto paga por el cuidado:

Nombre del niño/adulto cuidado	Edad	Tiempo completo	Parte del tiempo	Gastos de su bolsillo al mes
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

7. Si tiene alguno de los siguientes gastos, díganos cuánto esta usted requerido a pagar cada mes:

Manutención de Menores por orden de la corte: \$ \_\_\_\_\_
  Manutención Conyugal por orden de la corte: \$ \_\_\_\_\_
  Embargo de Sueldo (sólo si ha sido pagado) \$ \_\_\_\_\_

8. Mujeres embarazadas y algunos niños pueden calificar para asistencia de gastos médicos que no han sido pagados por servicios recibidos hasta 90 días previos a esta solicitud. Si desea aplicar por esta cobertura, deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad y proveer las pruebas necesarias (vea **✓LISTA DE PRUEBA REQUERIDA**). ¿Quiere aplicar por esta cobertura ahora?  No  Sí

9. Por favor díganos cómo se enteró usted acerca de Cobertura Médica para Niños o Mujeres Embarazadas:

Medios (radio TV periódico)  Escuela  Trabajador de Salud  Oficina de Distrito  Amistad/Familia  
 Marque uno

10. Por favor lea las declaraciones siguientes y firme debajo.

Al firmar mi nombre, estoy de acuerdo con todas las declaraciones mencionadas abajo:

- Toda la información que he proporcionado en esta aplicación es la verdad como yo la entiendo. Entiendo y estoy de acuerdo de dar prueba de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener pruebas necesarias para mi elegibilidad. No será necesario permiso adicional para obtener estas pruebas u otra información.
- Si deliberadamente doy una información falsa u oculto alguna información sobre mi cobertura médica, ahora o en el futuro, puedo perder cobertura médica y estar sujeto a otras consecuencias legales.
- Entiendo que si mis niños están solicitando Healthy Kids-Gold o yo estoy aplicando por Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas, debo asignar a DHHS el derecho a todos los pagos médicos de terceras partes, incluyendo pagos de asistencia médica, y puede que tenga que reembolsar a DHHS por pagos médicos hechos, que luego estarán cubiertos por una tercera parte.
- El recibir cobertura médica para mí o para mis niños implica que el DHHS podría obtener registros médicos de parte de los proveedores si fuera necesario, y autorizo a los proveedores médicos de mi familia a entregar cualquier registro médico al DHHS.
- Entiendo que si mis niños están solicitando Healthy Kids-Gold o yo estoy aplicando por Cobertura Médica para Mujeres Embarazadas, tendremos que mostrar nuestros Número(s) de Seguro Social.
- Mi firma debajo certifica que los individuos que están aplicando por asistencia y que he afirmado son ciudadanos de US, es una declaración verdadera. Entiendo que puedo tener que verificar el estado de ciudadanía de dichos individuos. También entiendo que DHHS no preguntará a INS sobre el estado de inmigración de cualquier persona que no esté aplicando por cobertura médica.
- Entiendo que mi elegibilidad para esta cobertura debe ser revisada por lo menos una vez al año, y para entonces me enviarán u na nueva solicitud para ser completada y devuelta. También entiendo que en ese momento puede que me exijan proveer pruebas nuevas o adicionales de mi ingreso u otra información que haya escrito en la nueva solicitud, y si no proporciono esta prueba a tiempo, mi cobertura podría terminar..
- Entiendo que debo reportar cualquier cambio de ingreso de mi hogar dentro de 10 días útiles del cambio.

Firma del Solicitante/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**OUTREACH SITE USE ONLY: COMPLETE IF ASSISTING WITH THE APPLICATION PROCESS**

I certify that I have completely explained the information on this page to the applicant. **If I determined any individual presumptively eligible, I certify that I have been trained by the DHHS to make this determination; that the individual is eligible based on the information provided to me; and that I have recorded the eligibility begin date(s) in the designated areas of the application.** The Provider Number below certifies that my agency has been authorized to assist with the application process.

Signature of Outreach Staff Member

Agency

Provider Number

Date